

# АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СУСТАВАХ И СПИНЕ

DOI: 10.37586/2686-8636-4-2021-444-450

УДК: 616.72-007.248

Наумов А.В., Ховасова Н.О., Мороз В.И.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

## Резюме

Хронический болевой синдром — один из самых распространенных гериатрических синдромов. Хроническая боль негативно влияет на мобильность и автономность пожилого человека, снижает качество жизни и ее продолжительность. Активный скрининг хронической боли в гериатрической популяции позволяет улучшить гериатрический статус. Стратегия лечения хронической боли у пожилых пациентов включает немедикаментозные мероприятия, а также применение лекарственных препаратов. Однако пожилой возраст ассоциирован с высокой коморбидностью, полипрагмазией, что в ряде случаев не позволяет активно применять системные НПВП. В связи с чем альтернативой становится использование парентеральных форм препаратов из группы симптоматических медленно действующих средств, представителем которой является хондроитин сульфат (ХС). Эффективность и безопасность ХС доказаны данными метаанализа клинических исследований эффективности лечения ОА парентеральной формой ХС, в том числе и у пациентов с болью в спине.

**Ключевые слова:** хронический болевой синдром; остеоартрит; гериатрические синдромы; боль в спине; старческая астения; хондроитин сульфат.

**Для цитирования:** Наумов А.В., Ховасова Н.О., Мороз В.И. Алгоритмы ведения больных старше 60 лет с хронической болью в суставах и спине. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021; 4(8): 444–450. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2021-444-450

## ALGORITHMS FOR MANAGING PATIENTS OVER 60 YEARS OLD WITH CHRONIC JOINT AND BACK PAIN

Naumov A.V., Khovasova N.O., Moroz V.I.

Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

## Abstract

Chronic pain syndrome is one of the most common geriatric syndromes. Chronic pain negatively affects the mobility and autonomy of the older person, reducing the quality of life and longevity. An active screening for chronic pain in the geriatric population improves the geriatric status. Treatment strategies for chronic pain in older patients include non-pharmacological measures as well as drug administration. However, advanced age is associated with high comorbidity, polypharmacy, and in some cases does not allow the active use of systemic non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). In this connection, the use of parenteral symptomatic slow-acting drugs, the representative of which is chondroitin sulfate (CS), becomes an alternative. The efficacy and safety of CS has been proven by the mean of clinical studies meta-analysis data of osteoarthritis treatment effectiveness with parenteral chondroitin sulfate, including patients with back pain.

**Keywords:** chronic pain syndrome; osteoarthritis; geriatric syndromes; back pain; senile asthenia; chondroitin sulfate.

**For citation:** Naumov A.V., Khovasova N.O., Moroz V.I. Algorithms for managing patients over 60 years old with chronic joint and back pain. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2021; 4(8): 444–450. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2021-444-450

## ВВЕДЕНИЕ

Хронический болевой синдром является одним из распространенных гериатрических синдромов, частота встречаемости которого превышает 87% по данным Российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ [1]. В исследовании установлено, что наиболее частыми локализациями

болевого синдрома являются крупные суставы (74,8%), спина (68,4%), мелкие суставы (38,6%).

Известно, что болевой синдром в суставах при остеоартрите у пациентов старших возрастных групп имеет характеристики интенсивной боли (средняя оценка интенсивности боли по ВАШ составляет 65,2 мм) продолжительностью более 8 лет

(средний возраст пациентов в исследовании составил 71), при которой более 48% пациентов отмечают ограничение подвижности, а 62,5% пациентов — ограничения мобильности [2].

Хронический болевой синдром в суставах и спине является одним из важных факторов развития «хрупкости» (старческой астении), по степени влияния не уступая коморбидности социально-значимых заболеваний, сенсорным дефицитам, когнитивным нарушениям и совокупности множества гериатрических синдромов [3–6].

Анализ 6 международных когорт пациентов с остеоартритом демонстрирует достоверное увеличение смертности от всех причин в группах именно с хронической болью [7]. Более того, сочетание «хрупкости» у пожилого пациента с хроническим болевым синдромом в суставах оказывает достоверно большее влияние на смертность по сравнению с пациентами, имеющими только синдром старческой астении [8].

Исследования в популяции пациентов гериатрического профиля свидетельствуют, что хроническая боль ассоциирована с развитием и прогрессированием целого ряда гериатрических синдромов, наиболее значимыми из которых являются: старческая астения, саркопения, нарушения мобильности, синдром падений, констипационный синдром, когнитивные нарушения, полифармация и пр. [9–12].

Учитывая представленные выше факты, оказание медицинской помощи больным с хроническим болевым синдромом в старших возрастных группах должно включать тщательный анализ гериатрического статуса пациентов и набор интервенций с учетом клинической взаимосвязи боли с имеющимися гериатрическими синдромами, учитывать более высокие риски неблагоприятных исходов и сопровождаться тщательной оценкой «польза-риск» при выборе медикаментозных стратегий.

Оптимальные подходы к ведению хронической боли у пациентов старшего возраста представлены в клинических рекомендациях «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста» [13].

В данной публикации будет представлен алгоритмизированный подход к лечению хронической боли у пациентов в старших возрастных группах, основанный на указанных рекомендациях.

## ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА

У всех пациентов старше 60 лет, вне зависимости от причины обращения за медицинской помощью, необходимо проводить скрининг болевого синдрома. Необходимо учитывать, что пациенты в старших возрастных группах нередко считают, что боль является нормальным проявлением старения и не сообщают о данном симптоме врачу. Поэтому требуется не только установление факта

болевого ощущения в момент визита пациента, но и указание на наличие боли в течение последнего времени (прошедшая неделя, месяц, год). Кроме того, пациенты с дементными нарушениями могут не предъявлять жалобы на боль, несмотря на наличие достаточно интенсивных болевых ощущений. В данной группе больных необходимо использовать специальные клинические инструменты, позволяющие оценить наличие боли, например шкалу PAINAD.

У пациентов старших возрастных групп с болевым синдромом недостаточно только установить наличие, локализацию и интенсивность болевого синдрома. Следует провести всестороннюю оценку боли, с учетом влияния последней на функциональный, ментальный, физический статус пациента, провести анализ копинг-стратегий (отношения пациента к боли и его убеждения относительно имеющегося болевого синдрома), установить ожидания и цели лечения боли с позиции пациента, оценить ресурсы, которыми можно воспользоваться при выборе стратегии ведения пациентов. В клинических рекомендациях [13] представлен специализированный опросник, позволяющий оценить влияние болевого синдрома на пациента пожилого и старческого возраста. Оптимальный алгоритм оценки пациента старше 60 лет с болевым синдромом представлен на рис. 1.

Важнейшей задачей планирования стратегии ведения боли у пациентов старших возрастных групп является установление патогенетических компонентов боли, включающих: ноцицептивную боль; невропатическую боль (покалывание и «онемение» в дистальных отделах конечностей; резкие, стреляющие, пульсирующие и жгучие (каузалгические) боли; аллодиния, гиперестезия, болевая и температурная гипостезия); психогенную боль (когнитивные нарушения, катастрофизация боли, одиночество и т.д.).

## ОЦЕНКА СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ («КРАСНЫХ ФЛАГОВ») ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СУСТАВАХ И/ИЛИ СПИНЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Принципиальное значение в гериатрической практике имеет выявление симптомов тревоги, указывающих на потенциально опасное заболевание.

Признаки серьезного поражения позвоночника — факты анамнеза и клинические особенности пациента, указывающие на связь боли в спине с опухолевыми, травматическими, воспалительными поражениями, компрессией корешков спинного мозга (синдром конского хвоста):

- ✦ боль в груди;
- ✦ лихорадка;
- ✦ необъяснимая потеря массы тела;
- ✦ нарушения функций тазовых органов;

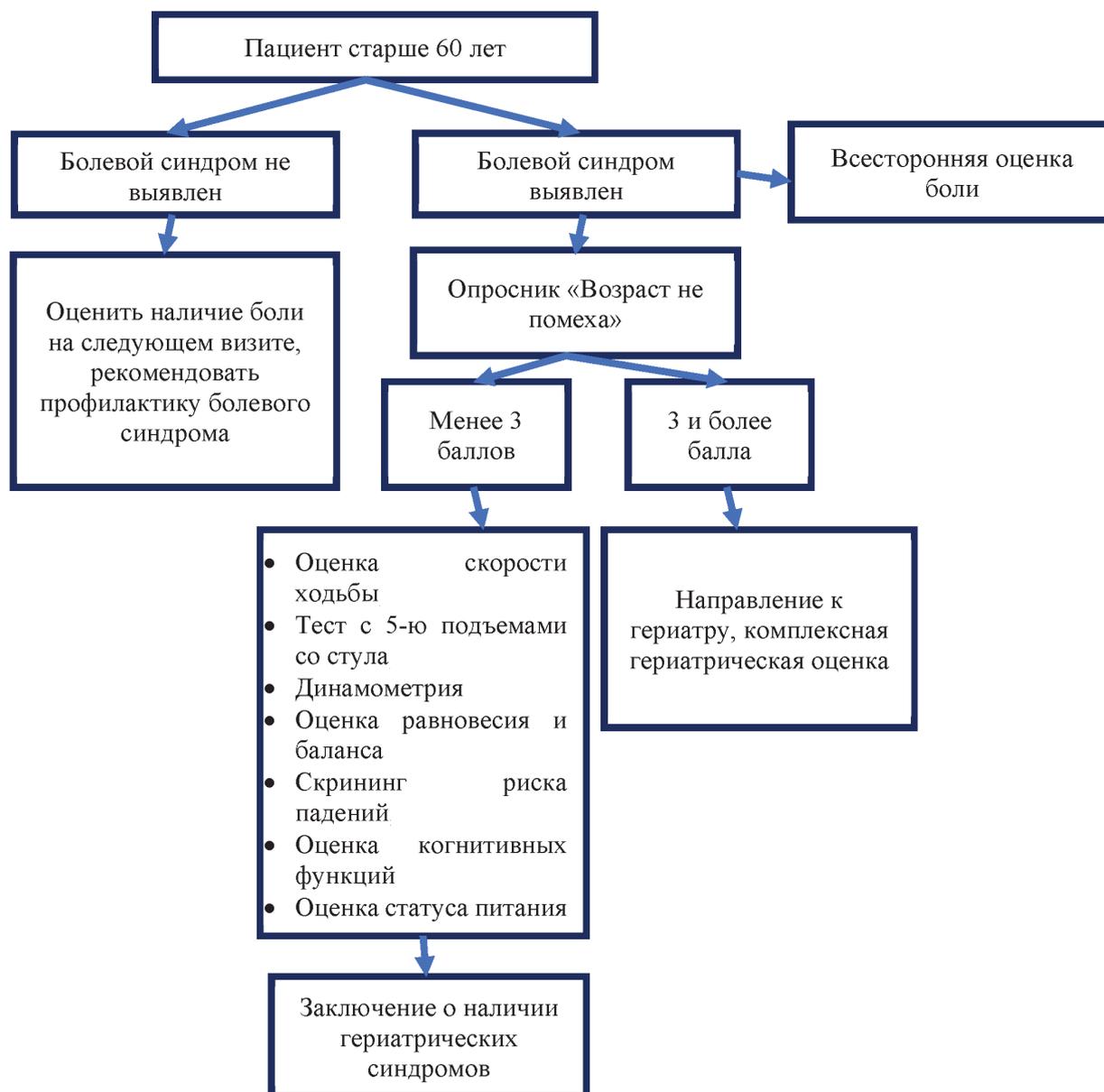


Рис. 1. Алгоритм оценки пациента старше 60 лет с болевым синдромом

- ✦ онкологические заболевания как в настоящее время, так и в анамнезе;
- ✦ плохое самочувствие или наличие хронических заболеваний;
- ✦ прогрессирующие неврологические нарушения;
- ✦ нарушения ходьбы и седловидная анестезия;
- ✦ возраст старше 50 лет при наличии остеопороза;
- ✦ возраст старше 70 лет.

### КРАТКИЙ ПЛАН КОРРЕКЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

- **Мальнутриция и обезвоживание:**  
белок (1,5 г на 1 кг веса), потребление воды 1,0–2,0 л в день.

- **Динапения и саркопения:**  
белок, лейцин, витамин D, тренинг.
- **Констипационный синдром:**  
вода, ходьба, слабительные, продукты питания с микроволокнами.
- **Недостаточность/дефицит витамина D:**  
назначение витамина D (насыщающие дозы, далее — поддерживающая).
- **Риск падений:**  
составление индивидуального плана по снижению риска падений [14].
- **Ортостазм:**  
пересмотр гипотензивной терапии, консультирование пациента по снижению риска.
- **Коррекция сенсорных дефицитов** (консультация офтальмолога, оториноларинголога).

Одним из важнейших препятствий в ведении больных старших возрастных групп с хронической

### Симптомы тревоги («красные флаги») при боли в суставах, требующие проведения дифференциального диагноза у гериатрических пациентов

Настороженность	Симптомы тревоги	Комментарии
Онкологическая настороженность	Боль сопровождается одним или более из перечисленных симптомов: анемия, необъяснимая потеря веса, лихорадка	Необходимо провести полноценный онкопоиск
Возможен коллагеноз	Симметричный полиартрит	Типично для ревматоидного артрита
	Продолжительная утренняя скованность (более 30 минут), характеризуется невозможностью совершить движения в суставах, особенно суставах кисти и стоп	Типично для ревматоидного артрита
	Боли в суставах возникли после значимого стресса: травма, переохлаждение, операция и т.п.	Типично для ревматоидного артрита
	Безрезультатность множества обследований, вовлечены группы мышц, болезненность мышц, острофазовые белки	Типично для ревматической полимиалгии
Травмы суставов	Моноартрит	Консультация ортопеда для уточнения стратегии лечения
	Изменение конфигурации сустава	
	Следы оперативного пособия на суставах	
Инфекционный артрит	Боли в суставах возникли после перенесенного инфекционного заболевания, длительной антибактериальной, химио- или лучевой терапии	
Подозрительные характеристики болевого синдрома в спине	Ночные боли в спине	Скорее всего, боль воспалительного характера, связанная с анкилозирующим спондилитом
	Отсутствие поз и немедикаментозных приемов, способствующих уменьшению боли	Следует обдумать анкилозирующий спондилит и онкологическое заболевание
	Симптомы поражения спинного мозга (парезы и расстройства чувствительности)	

болью является наличие кинезиофобии (страха движений) и страха падений. Преодоление страхов является ключевой задачей комплексной терапии боли, требующей больших усилий врача и близких пациента. Ключевыми стратегиями являются: когнитивно-поведенческая терапия (медицинский психолог, когнитивный тренинг); коррекция депрессии, тревоги, бессонницы, когнитивных расстройств; методы виртуальной реальности (виртуальные путешествия от 5–10 мин., бесплатный контент на youtube.com, игровые элементы виртуальной реальности).

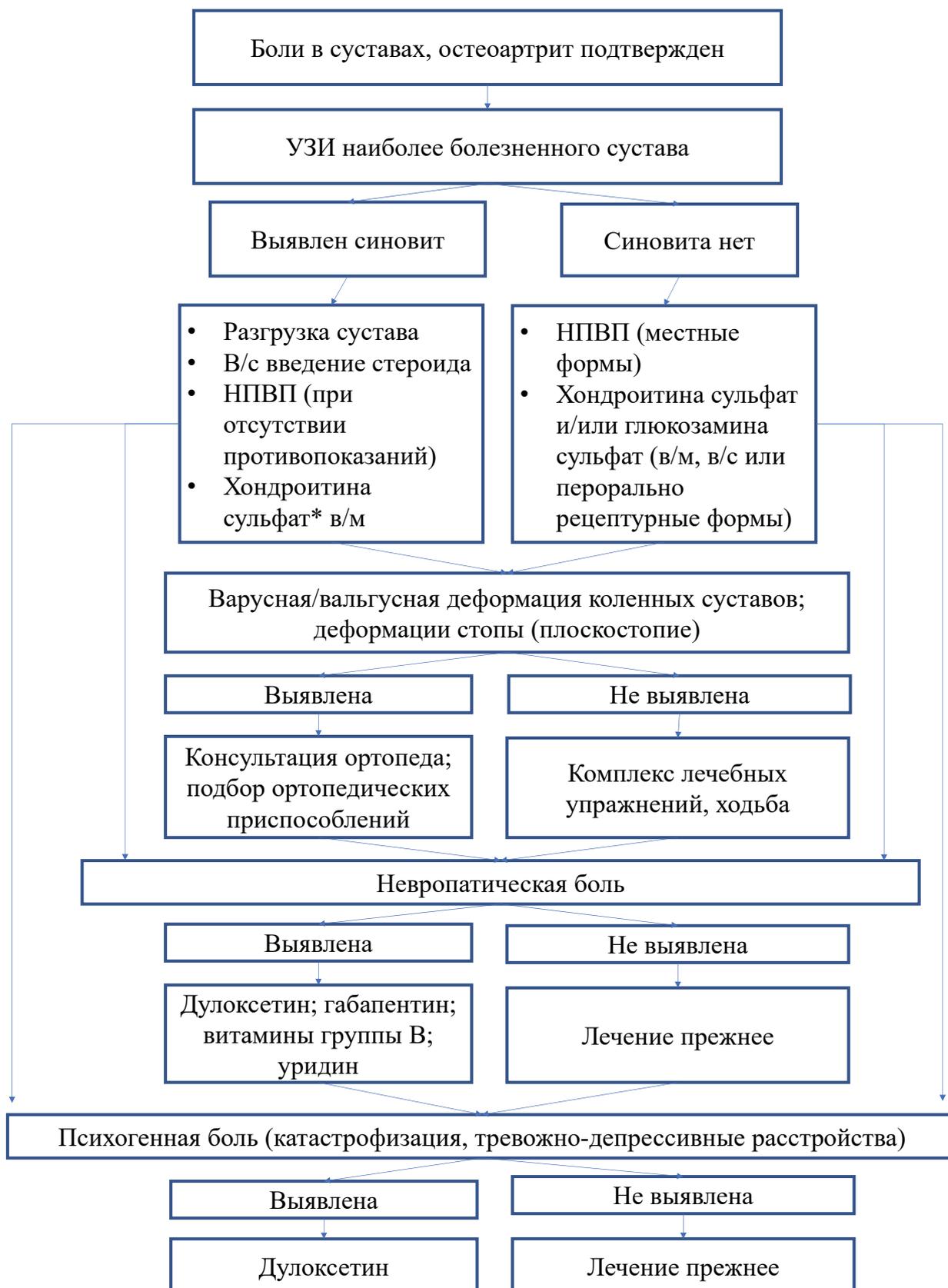
#### ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СУБСТАНЦИИ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА В ВИДЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ НПВП У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ БОЛИ В СПИНЕ И/ИЛИ СУСТАВАХ

В настоящее время отсутствуют прямые сравнительные исследования НПВП с другими группами средств для лечения ОА, поэтому однозначный ответ о сопоставимости клинического эффекта НПВП с другими препаратами дать невозможно.

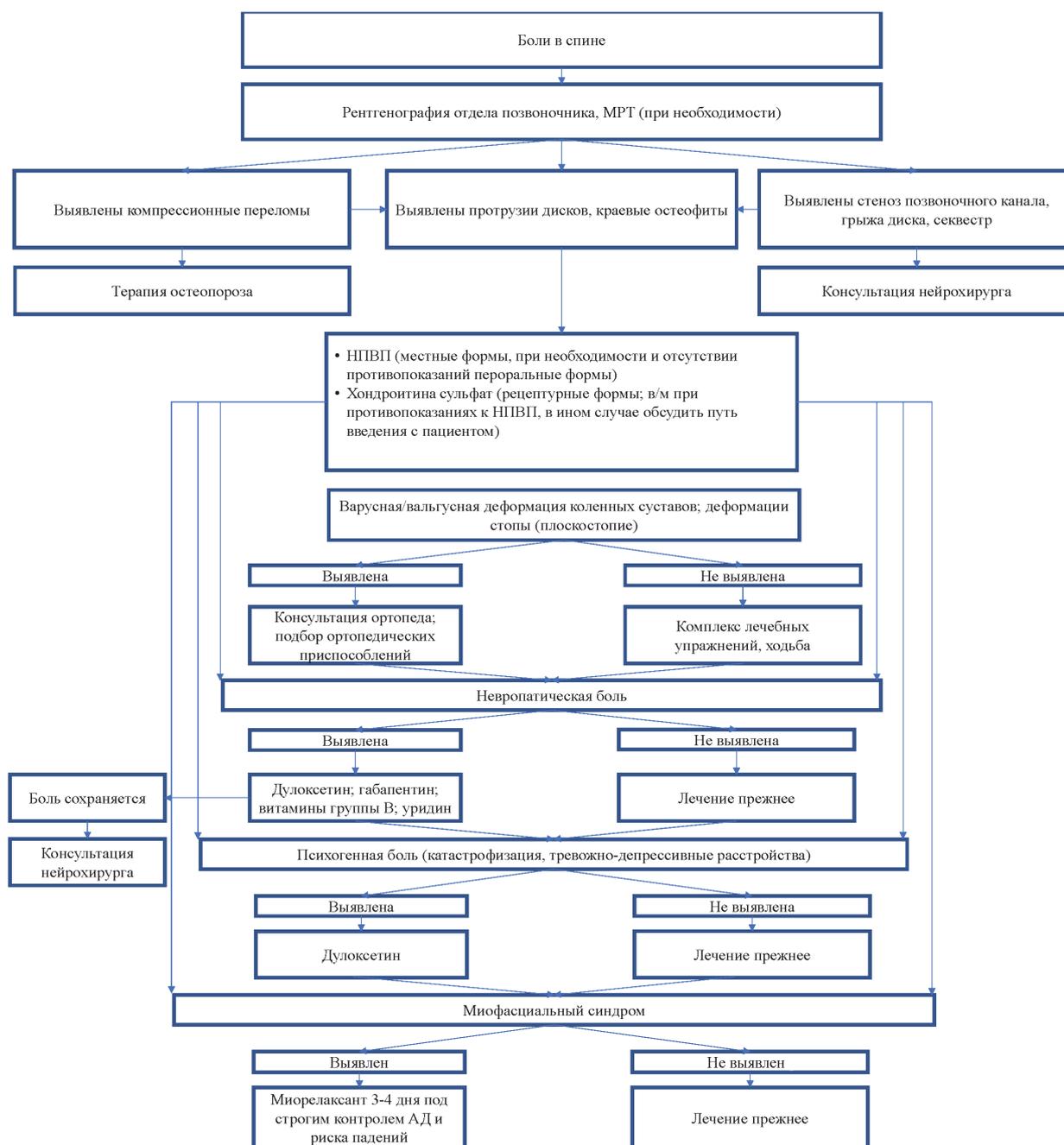
Ряд экспертов [15] предполагает, что у пациентов с наличием абсолютных и относительных противопоказаний к применению НПВП актуальным является использование парентеральных форм препаратов из группы симптоматических медленно действующих средств, что позволит ускорить наступление обезболивающего эффекта. Аргументы приведены в двух недавно опубликованных мета-анализах эффективности обезболивания при использовании ХС [16, 17] и подтверждены данными метаанализа клинических исследований эффективности лечения ОА парентеральной формой ХС (исследования с препаратом Хондрогард®, ЗАО «ФармФирма «Сотекс») [18], в том числе и у пациентов с болью в спине [19]. Авторы метаанализа показали, что внутримышечное применение препарата ХС с высокой степенью фармацевтической стандартизации (99,9% ХС) в составе комплексной терапии ОА способствует повышению эффективности терапии. При этом не происходит снижение безопасности терапии и не повышается риск появления побочных эффектов.

У пациентов старше 60 лет с болью в суставах и противопоказаниями к применению НПВП или старческой астенией для купирования боли и профилактики обострения болевого синдрома целесообразно применение ХС в парентеральной форме

### АЛГОРИТМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С БОЛЬЮ В СУСТАВАХ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕННОМ ОСТЕОАРТРИТЕ



## АЛГОРИТМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С БОЛЬЮ В СПИНЕ



(препарат Хондрогард®), что и отмечено в клинических рекомендациях с уровнем доказательности и убедительности рекомендаций — 1А [13].

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ткачева О.Н., Воробьева Н.М., Котовская Ю.В., Остроумова О.Д., Черняева М.С., Силютин М.В., Чернов А.В., Тестова С.Г., Овчарова Л.Н., Селезнева Е.В. Распространённость гериатрических синдромов у лиц в возрасте старше 65 лет: первые результаты российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ // РКЖ. 2020. № 10.
2. Hana S., Aicha B.T., Selim D., Ines M., Rawdha T. Clinical and Radiographic Features of Knee Osteoarthritis of Elderly Patients. *Curr Rheumatol Rev.* 2018; 14(2): 181–187. DOI: 10.2174/1573597143666170425150133. PMID: 28443512.

3. Castell M.V., van der Pas S., Otero A., et al. Osteoarthritis and frailty in elderly individuals across six European countries: results from the European Project on Osteoarthritis (EPOSA). *BMC Musculoskelet Disord.* 2015; 16: 359. Published 2015 Nov 17. DOI: 10.1186/s12894-015-0807-8.
4. Coyle P.C., Sions J.M., Velasco T., Hicks G.E. Older Adults with Chronic Low Back Pain: A Clinical Population Vulnerable to Frailty? *J Frailty Aging.* 2015; 4(4): 188–190. DOI: 10.14283/jfa.2015.75.
5. Sharma P.K., Reddy B.M., Ganguly E. Frailty Syndrome among oldest old Individuals, aged ≥80 years: Prevalence & Correlates. *J Frailty Sarcopenia Falls.* 2020; 5(4): 92–101. Published 2020 Dec 1. DOI: 10.22540/JFSF-05-092.
6. Thinuan P., Siviroj P., Lertrakarnnon P., Lorga T. Prevalence and Potential Predictors of Frailty among Community-Dwelling Older Persons in Northern Thailand: A Cross-Sectional Study. *J Frailty Aging.* 2015; 4(4): 188–190. DOI: 10.14283/jfa.2015.75.

- Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 8; 17(11): 4077. DOI: 10.3390/ijerph17114077. PMID: 32521642; PMCID: PMC7312471.
7. Leyland K.M., Gates L.S., Sanchez-Santos M.T. et al. Knee osteoarthritis and time-to all-cause mortality in six community-based cohorts: an international meta-analysis of individual participant-level data. *Aging Clin Exp Res* (2021). <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01762-2>
  8. F. Cacciatore, D. Della-Morte, C. Basile, F. Mazzella, C. Mastrobuoni, E. Salsano, G. Gargiulo, G. Galizia, F. Rengo, D. Bonaduce, P. Abete. Long-term mortality in frail elderly subjects with osteoarthritis//*Rheumatology*, Volume 53, Issue 2, February 2014, Pages 293–299, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket348>
  9. Yamada K., Kubota Y., Tabuchi T., et al. A prospective study of knee pain, low back pain, and risk of dementia: the JAGES project.//*Sci Rep*. 2019; 9(1): 10690. Published 2019 Jul 23. DOI: 10.1038/s41598-019-47005-x.
  10. Leveille S.G., Bean J., Bandeen-Roche K., Jones R., Hochberg M., &Guralnik J.M. (2002). Musculoskeletal Pain and Risk for Falls in Older Disabled Women Living in the Community.// *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 671–678. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50161.x.
  11. Papalia R., Zampogna B., Torre G., Lanotte A., Vasta S., Albo E., Tecame A., Denaro V. Sarcopenia and its relationship with osteoarthritis: risk factor or direct consequence?//*Musculoskelet Surg*. 2014 Jun; 98(1): 9–14. DOI: 10.1007/s12306-014-0311-6. Epub 2014 Jan 31. PMID: 24482109.
  12. Thapa S., Shmerling R.H., Bean J.F., Cai Y., Leveille S.G. Chronic multisite pain: evaluation of a new geriatric syndrome. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Aug; 31(8): 1129–1137. DOI: 10.1007/s40520-018-1061-3. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30361952; PMCID: PMC6483883.
  13. Ткачева О.Н., Наумов А.В., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Мильто А.С., Алексанян Л.А., Ховасова Н.О., Мороз В.И., Маневич Т.М., Розанов А.В., Остапенко В.С., Мешков А.Д. Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021; 3(7): 275–320. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-3-2021-275-312>
  14. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Мильто А.С., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Дудинская Е.Н., Мачехина Л.В., Воробьева Н.М., Розанов А.В., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Ховасова Н.О., Тюхменев Е.А., Бабенко И.В., Лесняк О.М., Белова К.Ю., Евстигнеева Л.П., Ершова О.Б. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021; 2(6): 153–185. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-2-2021-148-174>
  15. Лила А.М., Ткачева О.Н., Наумов А.В. и др. Место и роль парентеральной формы хондроитина сульфата в терапии остеоартрита: мультимедицинский Консенсус. *РМЖ*. 2021; 6: 68–74.
  16. Honvo G., Bruyère O., Geerinck A., Veronese N., Reginster J.-Y. Efficacy of Chondroitin Sulfate in Patients with Knee Osteoarthritis: A Comprehensive Meta-Analysis Exploring Inconsistencies in Randomized, Placebo-Controlled Trials.//*AdvTher*. 2019; 36(5): 1085. DOI: 10.1007/s12325-019-00921-w.
  17. Beaudart C., Lengelé L., Leclercq V., Geerinck A., Sanchez-Rodriguez D., Bruyère O., Reginster J. Symptomatic Efficacy of Pharmacological Treatments for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and a Network Meta-Analysis with a 6-Month Time Horizon.//*Drugs*. 2020; 19. DOI: 10.1007/s40265-020-01423-8. Epub ahead of print. PMID: 33074440.
  18. Торшин И.Ю., Лила А.М., Наумов А.В., Кочиш А.Ю., Сарвилина И.В., Зоткин Е.Г., Галустян А.Н., Хаджидис А.К., Громова О.А. Метаанализ клинических исследований эффективности лечения остеоартрита препаратом Хондрогард. *ФАРМА-ЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020; 13(4): 388–399. DOI: 10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.066.
  19. Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Повереннова И.Е. Терапия неспецифической боли в нижней части спины у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119(8): 18–25. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911908118>